

JOÃO PEDRO DE CARVALHO PINTO NETO

joaopedroneto89@gmail.com

PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE *BURNOUT* EM ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Ano letivo 2015/2016

Orientadora - Ana Margarida Antunes Cruz. Licenciatura Em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Assistente em Medicina Geral e Familiar.

Afiliação - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Rua de Jorge Viterbo, n.º 228, 4050-313, Porto.

RESUMO

A profissão médica, à semelhança das demais, é definida por uma série de aspetos que podem influenciar os seus profissionais positiva ou negativamente.

Quando a influência é negativa, o trabalho acaba por se revelar uma fonte de stress e, ao longo do tempo, a exposição contínua a estes fatores pode levar ao desenvolvimento de síndrome de *burnout*.

Nesta revisão bibliográfica pretende-se definir esta síndrome no âmbito da profissão médica, nomeadamente no que diz respeito às formas de prevenção passíveis de serem aplicadas nas especialidades médicas.

O *burnout* caracteriza-se por esgotamento emocional, distanciamento e baixa realização profissional, tendo repercussões negativas tanto na carreira como na vida pessoal do trabalhador. No contexto das especialidades da área médica são vários os métodos de prevenção do seu desenvolvimento e estes podem ser estruturados a um nível organizacional, individual e da relação indivíduo/organização.

As estratégias apresentadas têm-se revelado eficazes na prevenção da síndrome de *burnout*, mas a sua aplicação implica sempre uma adaptação às características de cada contexto laboral, dependendo o resultado final do comprometimento dos profissionais.

Palavras-Chave: Burnout, Prevenção, Especialidades Médicas, Stress, Profissão.

ABSTRACT

The medical profession, like others, is defined by a series of aspects that can influence his professionals positively or negatively.

When the influence is negative, work reveals itself as a cause of stress and, through time, the continuous exposure to this factors can lead to the development of burnout syndrome.

This literature review intends to define this syndrome in the medical profession framework, namely in what concerns to the ways of prevention that can be applied to the medical specialties.

Burnout is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and low professional accomplishment, having negative repercussions in the career and in the personal life of the worker. In the medical specialties' context there are numerous methods of preventing its development and they can be structured in an organizational, or individual way, and also in a way that concerns to the individual/organization relation.

The presented strategies have been effective in preventing burnout syndrome, but their use always implies an adaptation to the characteristics of each work environment, with the final result being dependent on the professionals' commitment.

Keywords: Burnout, Prevention, Medical Specialties, Stress, Profession.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ana Margarida Cruz, pela orientação e por todo o interesse e disponibilidade demonstrados ao longo da elaboração desta dissertação.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio fundamental ao longo de todo o meu percurso universitário.

Aos meus amigos, por todos os momentos inesquecíveis que acrescentaram a este período.

ÍNDICE

RESUMO.....	3
ABSTRACT.....	4
AGRADECIMENTOS.....	5
OBJETIVOS.....	7
MATERIAIS E MÉTODOS.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EM ESPECIALIDADES MÉDICAS.....	9
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO.....	15
Nível Organizacional.....	16
Nível Individual.....	21
Nível da Relação Indivíduo/Organização.....	23
CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

OBJETIVOS

Com este trabalho pretende-se, através de uma revisão bibliográfica da literatura existente, dar a conhecer os aspetos essenciais que caracterizam a síndrome de *burnout* no contexto da profissão médica com ênfase nas várias estratégias de prevenção que podem ser adotadas no seio das especialidades da área médica, procurando chamar a atenção tanto para a problemática desta síndrome como para a necessidade da tomada de ações no sentido de prevenir o surgimento da mesma.

MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta revisão, realizou-se uma pesquisa de artigos científicos em bases de dados online (MEDLINE - PubMed, Medscape, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal e revistas científicas), utilizando como palavras-chave: *burnout syndrome, medical, doctors, prevention, causes*. As referências bibliográficas dos respetivos artigos estão enumeradas.

INTRODUÇÃO

A profissão médica está atualmente sujeita a inúmeros fatores causadores de stress, havendo um número crescente de profissionais a manifestar os seus efeitos negativos.

De uma forma genérica, aspetos como a enorme responsabilidade que recai sobre os médicos por lidarem com um valor tão importante como a saúde humana, os horários de serviço demasiado alargados e a necessidade de lidar com situações graves, do ponto de vista clínico e social, de uma forma regular, têm consequências negativas na vida do médico quando este não consegue lidar com eles de uma forma eficaz.(1)

Uma exposição contínua a estes fatores leva, da parte do profissional, ao desenvolvimento de diversos graus de esgotamento emocional, à adoção de uma postura de distanciamento e a uma percepção de incompetência no que diz respeito ao cumprimento das exigências laborais. Estes fatores definem a síndrome de *burnout*.(2)

Compreendendo as várias características desta síndrome e as particularidades da carreira médica, procura-se atualmente estabelecer uma série de medidas preventivas que possam ser implementadas no universo dos cuidados de saúde, atuando a partir de diferentes níveis e procurando influenciar vários pontos da profissão, e que consigam ter um efeito de proteção relativamente ao desenvolvimento de *burnout*.

Estas medidas constituem o tema central da presente revisão bibliográfica.

No entanto, é de referir que estas devem ser sempre adaptadas às diferentes especialidades existentes em medicina, devido às especificidades de cada uma. Pelo que o presente trabalho se foca nas especialidades do âmbito médico, principalmente pelas suas semelhanças ao nível do tipo de contacto mais pessoal que existe entre profissional e doente, deixando de fora as do âmbito cirúrgico, laboratorial, e as associadas aos cuidados intensivos e paliativos.

Assim, a prevenção da síndrome de *burnout* é aqui abordada através de uma perspetiva centrada nas especialidades médicas, com especial incidência na de Medicina Geral e Familiar, que já se revelou como aquela em que os profissionais apresentam maiores níveis de *burnout* no nosso país.(3) Sendo que, a nível mundial ocupa atualmente o terceiro lugar na lista de especialidades mais sujeitas ao desenvolvimento desta síndrome.(4)

A SÍNDROME DE *BURNOUT* EM ESPECIALIDADES MÉDICAS

A atividade profissional desempenhada por cada indivíduo tem um papel fundamental no desenvolvimento da identidade e da autoestima do mesmo.(5) Para além disto, acaba por ser através dela que cada indivíduo é identificado na sociedade em que se insere.(6)

Sendo assim, pode-se concluir que qualquer aspeto passível de prejudicar a relação de alguém com o seu próprio trabalho pode trazer consequências negativas para o afetado.

As profissões de assistência ao nível da saúde, nomeadamente a carreira médica, acarretam uma série de fatores que, ao exercerem uma influência negativa sobre os médicos, podem levar à manifestação, por parte destes, de diversos sinais ou sintomas indicativos de uma relação prejudicial entre o trabalhador e o trabalho.

Atualmente, a profissão de médico está mesmo no topo da lista de profissões que apresentam grandes níveis de stress, acompanhada das profissões de enfermeiro, professor e profissional das áreas da justiça, defesa e segurança social.(7)

Dentro dos fatores referidos, e no que diz respeito às especialidades da área médica, temos, a título de exemplo, os elevados níveis de desempenho exigidos, o contacto próximo com situações clínicas e sociais complexas, o regime de trabalho por turnos, os horários demasiado exigentes, entre outros. Para além disto, o médico tem ainda de lidar com inevitáveis fracassos profissionais e com a impotência manifestada em vários contextos, como se verifica em inúmeras situações em que o próprio não consegue fazer nada para alterar o curso negativo de um dado quadro clínico.(8)

Importa referir que, apesar de o risco de surgimento de consequências negativas do stress laboral estar associado a este tipo de aspetos, ele não se relaciona obrigatoriamente com a sobrecarga de trabalho ou com a fadiga e exaustão provocadas por ele, pois pode surgir numa situação que envolva um trabalho leve e repetitivo.(9)

Como exemplo, no caso da especialidade de Medicina Geral e Familiar, estão descritos pontos como as exigências dos utentes, a elevada carga de trabalho e a hostilidade a que os médicos estão sujeitos no ambiente de trabalho, como fontes importantes de stress.(1)

Nesta área, num estudo realizado a nível nacional, o elevado número de consultas realizado pelos clínicos revelou-se o principal fator de stress laboral.(10)

Outros aspetos como as longas horas de trabalho, as decisões sob pressão de tempo e o trabalho individual contribuem igualmente para um agravamento do stress.(11)

Em especialidades clínicas da área da oncologia, estudos apontam os problemas na transmissão de más notícias, particularmente quando estas se relacionam com a falência das terapêuticas instituídas, como um fator preditivo *major* para o desenvolvimento de consequências negativas sobre a saúde dos profissionais.(12,13)

O trabalho por turnos também está assinalado na literatura como um fator muito importante no surgimento de níveis mais elevados de stress laboral. Aliás, devido ao facto de este tipo de trabalho ter um grande impacto nos ritmos circadianos dos indivíduos, é de esperar que os mesmos apresentem maiores indicadores de fadiga crónica, ansiedade, perturbações do sono e exaustão emocional.(14)

Tudo isto torna o médico um agente especialmente sensível a situações de sofrimento psíquico, que conduzem por vezes a patologias relacionadas com o trabalho.(8)

Isto explica, em parte, um dado importante relativamente à taxa de suicídio na classe médica, que é mais elevada do que a da população geral.(3)

Para além dos fatores referidos que são inerentes às especialidades médicas, há ainda a referir diversos aspetos externos que contribuem para um aumento da pressão sobre os profissionais, como o constante escrutínio feito à profissão pela restante população e as obrigações burocráticas e contabilísticas que foram sendo acrescentadas aos deveres dos clínicos a partir de meados da década de oitenta e que têm vindo a ser cada vez mais rigorosas, devido à progressiva informatização da saúde e às exigências das conjunturas económicas existentes desde essa altura.(15)

As obrigações burocráticas aqui referidas prendem-se, em grande parte, com a necessidade crescente de realizar registos médicos.

Nas especialidades associadas aos cuidados de saúde primários nos Estados Unidos da América (que incluem, para além da Medicina Geral e Familiar, a Medicina Interna, a Pediatria e a Ginecologia/Obstetrícia), verificou-se que os profissionais que as integram passam mais tempo em atividades burocráticas e de registo do que em

contacto direto com os utentes.(16) Mesmo quando se encontram na sala de observação/consultório com o doente, 25% a 50% do tempo é passado a efetuar registos no computador.(17)

Aspetos como a exigência do cumprimento de prazos rigorosos e as avaliações constantes pelos pares derivam da nova organização dos sistemas de saúde imposta principalmente pelo fator económico que já foi referido, e que ganhou força nos últimos anos, e revelaram-se causas mais importantes de stress que aquelas que seriam mais óbvias como, a título de exemplo, a necessidade de lidar com pessoas em situações de doença grave.(18)

Outro dos pontos que é também referido na literatura é a violência sobre os médicos.

Num estudo nacional de 2004 da Direção Geral de Saúde, 81% das unidades hospitalares e 77% das unidades de saúde familiar registaram casos de violência sobre os profissionais de saúde, sendo os médicos os mais afetados (66%). A agressão verbal ou ameaça estão presentes em 93% dos casos, mas a agressão física existiu em 54% dos mesmos e os danos à propriedade privada em 21%.(3)

O contacto recorrente com todos estes agentes agressores pode levar ao desenvolvimento de situações de stress ocupacional, em que há uma incapacidade individual para lidar com as exigências de um emprego, levando a respostas emocionais e físicas prejudiciais e, num plano prolongado, este contexto pode levar ao surgimento de um quadro compatível com síndrome de *burnout*, no qual o indivíduo afetado considera já não ter qualquer recurso para tentar lidar com muitas das situações profissionais que lhe são impostas.(2)

Ao nível da carreira médica, dados recolhidos nos Estados Unidos da América, e publicados num estudo de 2012, referem mesmo que 45.8% dos clínicos apresentava, na altura, pelo menos um sintoma de *burnout*.(19)

Atualmente, as especialidades de medicina que apresentam maiores níveis de prevalência desta síndrome são, a nível mundial, as associadas às unidades de cuidados intensivos, seguidas da Urologia, em segundo lugar, e da Medicina Geral e Familiar, da Medicina Interna e da Pediatria, em terceiro, quarto e quinto lugar, respetivamente. Fazendo parte, estas últimas três, do grupo de especialidades médicas em análise na

presente revisão.(4)

Estudos realizados no nosso país e que tiveram em conta a especialidade dos inquiridos, indicam que esta síndrome é mais prevalente nos clínicos de Medicina Geral e Familiar, seguida dos médicos hospitalares e sem uma expressão significativa em médicos com funções exclusivas de administração.(3)

O termo *burnout* foi definido na década de setenta pelo psicólogo Herbert Freudenberger como “um estado de exaustão mental causado pela vida profissional”.(20)

Esta síndrome pode apresentar-se através de um grande número de manifestações, das quais podemos destacar algumas como a fadiga crónica, a hipertensão arterial, as cefaleias, as palpitações, o absentismo laboral, as alterações de comportamento, a impaciência, a irritabilidade, a falta de entusiasmo, entre outras.(21)

A síndrome de *burnout*, como foi referido na introdução, é caracterizada atualmente por três dimensões distintas, aqui adaptadas ao contexto médico: exaustão emocional, despersonalização e fraca realização profissional.

Deste modo, a exaustão emocional caracteriza-se pela falta de energia no desempenho das tarefas profissionais e pelo esgotamento emocional.(22)

A despersonalização decorre do distanciamento cada vez maior que se vai notando entre o médico e aqueles com quem contacta na sua profissão.(22)

Por fim, a fraca realização profissional sentida pelo clínico consiste numa insatisfação relativamente ao seu próprio desenvolvimento profissional.(22)

Num estudo realizado em Portugal que abrangia enfermeiros e médicos, concluiu-se que foi o grupo das mulheres que apresentou maior exaustão emocional e que os homens evidenciaram um maior grau de despersonalização.(23)

No âmbito da Medicina Geral e Familiar, um estudo relativo a esta especialidade a nível europeu revela que 43% dos elementos que responderam apresentavam níveis altos de exaustão emocional, 35% revelavam sinais de despersonalização, 32% tinham baixos níveis de realização pessoal, enquanto que 12% apresentavam as 3 dimensões de *burnout*.(24)

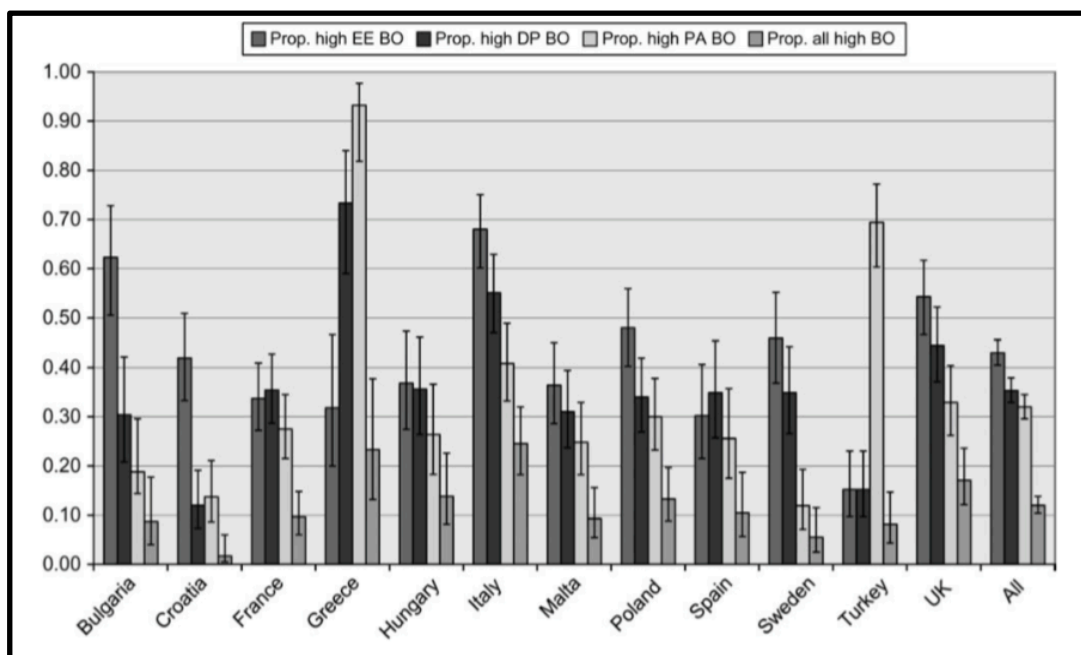


Gráfico 1 - Distribuição da proporção de inquiridos segundo a apresentação de níveis elevados de *burnout* em cada uma das três dimensões, individualmente, e em todas as dimensões, ao mesmo tempo, por país e no conjunto de todos os países, com intervalos de erro que representam intervalos de confiança de 95% para as proporções.(24)

Legenda:

EE: *emotional exhaustion*; **DP:** *depersonalization*; **PA:** *personal accomplishment*; **(BO:** *burnout*)

No mesmo estudo concluiu-se que os profissionais do sul da Europa tinham níveis significativamente mais baixos de exaustão emocional, mas níveis mais reduzidos de realização pessoal. Para além disso, itens como baixa satisfação profissional, intenção de mudar de trabalho, abuso de tabaco, álcool ou medicação psicotrópica, excesso de baixas por doença, idade mais nova e sexo masculino estavam intimamente relacionados com níveis elevados de *burnout*.(24)

Algumas das características da carreira médica que fazem com que os seus profissionais sejam especialmente sensíveis ao desenvolvimento desta síndrome já foram referidas, no entanto, um dos principais contribuidores para a sua elevada prevalência dentro desta comunidade é a grande relutância que se verifica, por parte dos médicos, em procurar auxílio relativamente a problemas que os possam estar a afetar, acabando por ajudar a perpetuar e a agravar este problema.(25)

Para além de não procurarem ajuda quando necessitam, os médicos também constituem uma classe profissional em que existem muitos problemas ao nível da automedicação e do facto de os seus elementos ignorarem recorrentemente as necessidades relativas à própria saúde. Por exemplo, num estudo realizado nos Estados Unidos da América, concluiu-se que 70% dos profissionais não faziam *check-ups* regulares e 60% dos médicos de Medicina Geral e Familiar não iam ao seu próprio médico de família numa base regular.(26)

Num estudo realizado no Reino Unido com médicos desta especialidade verificou-se que apenas 13% dos inquiridos iriam procurar ajuda profissional em caso de perturbações mentais derivadas do trabalho.(27)

Outro dos fatores que contribui para a situação analisada é o facto de, em muitos casos, a síndrome de *burnout* manifestar-se pela primeira vez logo durante os anos de formação em medicina, com muitos estudantes a referirem o medo de sofrerem alguma forma de estigmatização por parte de colegas e professores, por pedirem ajuda relativamente a diversas dificuldades que vão sentindo. Isto ocorre porque acham que pedir auxílio revela que as suas capacidades de *coping* são inadequadas para a profissão em que estarão inseridos, podendo estes estudantes começar a apresentar sintomas sugestivos de *burnout* e criar uma ponte para possíveis manifestações desta síndrome no futuro com o mesmo tipo de atitude passiva perante a mesma.(27)

A vulnerabilidade para o desenvolvimento da síndrome em análise também pode ser incrementada pela existência de alguns fatores pessoais que contribuem para o seu surgimento. Nestes destacam-se o comportamento compulsivo, a elevada autoestima e o perfeccionismo irrealista, que em situações de alta exigência laboral acabam por se revelar condicionantes negativas relativamente a um bom desempenho.(28)

No entanto, há também alguns fatores pessoais que podem funcionar de uma forma contrária relativamente à síndrome em análise. Para além da idade mais avançada, outros fatores como o facto de serem casados ou viverem com companheiro(a) e terem filhos já foram referidos como fatores protetores contra o desenvolvimento de *burnout*.(22,39)

Relativamente ao sexo, no sexo masculino o maior preditor de *burnout* que se encontrou foi a excessiva carga de trabalho, enquanto que em relação ao sexo feminino, o conflito trabalho/casa revelou-se como o parâmetro mais importante.(30)

Neste sentido, o stress que incide sobre os médicos também se alastra para as respetivas famílias, gerando situações de conflito e, consequentemente, fazendo com que esta classe profissional apresente taxas de divórcio vinte vezes superiores às da restante população.(3)

Aspetos que são consequências nefastas da vida profissional como a privação de sono, associada à fadiga mental e à exaustão, contribuem igualmente para uma maior vulnerabilidade individual.(31)

Devido a todos os fatores enumerados, na abordagem à síndrome de *burnout* importa definir estratégias preventivas que possam ser implementadas nos vários níveis da profissão, de maneira a que seja possível diminuir a prevalência desta síndrome no seio da classe médica.

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

As estratégias que procuram diminuir o stress laboral prolongado que leva, em muitos casos, a um quadro de *burnout* podem ser divididas em 3 diferentes grupos consoante o nível a partir do qual vão ser aplicadas. Assim, temos estratégias de nível Organizacional, de nível Individual e do nível da Relação Indivíduo/Organização.(32)

As estratégias de nível Organizacional são colocadas em ação por parte de quem tem o poder de alterar o funcionamento das instituições e procura, a partir disso, aplicar medidas que afetem cada instituição tanto num aspeto global como num aspeto individual, mas sempre tendo o benefício da instituição com objetivo final.

O nível Individual de atuação centra-se nas capacidades de cada indivíduo para lidar com situações de stress profissional e nas estratégias que podem partir de cada um para diminuir a sua exposição a este aspeto.

Por fim, o nível da Relação Indivíduo/Organização tem em conta os diversos grupos de trabalho e as interações sociais existentes entre os elementos dos mesmos e a própria organização, pelo que acaba por refletir um nível de atuação em que as estratégias tanto podem partir do profissional como da organização e em que os benefícios das mesmas também se refletem em ambos os níveis.(33)

Nível Organizacional

A organização/instituição deve procurar sempre extrair o máximo da estrutura sobre a qual assenta, de maneira a produzir os resultados desejados. Sendo que isto apenas será possível mantendo os seus profissionais comprometidos e com vontade de ajudar a alcançar os objetivos traçados.

Assim, são várias as estratégias que podem ser seguidas para que isto se concretize.

Uma das ações que pode ser tomada é a criação de contextos que promovam a socialização entre os profissionais. Esta revela-se muito importante para que existam boas relações entre os mesmos e para criar o ambiente necessário ao bom desempenho de cada um.(9)

A promoção da realização de trabalho em grupo é um bom método para impulsionar este fator de aproximação interpessoal.(34)

No entanto, este método deve ter em atenção o número de pessoas por grupos de trabalho, de maneira a não ser um número demasiado elevado, pois pode interferir com a qualidade do serviço prestado e das relações profissionais, devido ao facto de a gestão do grupo e a interação dentro do mesmo se tornar mais difícil.(35)

Nestes grupos, a estabilidade dos vários elementos dentro dos mesmos também foi apontada como uma forma eficaz de reduzir o *burnout*, aumentando a coesão existente, que se reflete positivamente na qualidade de trabalho de qualquer grupo.(36)

É de referir também que este método reveste-se de grande importância no âmbito dos cuidados de saúde primários, funcionando como um antídoto para a grande carga de trabalho muitas vezes registada, pois permite uma maior distribuição das tarefas a realizar, em benefício da instituição e do indivíduo.(37,38)

Dentro das relações existentes entre profissionais também se torna importante abordar as que existem entre os clínicos e as chefias, que muitas das vezes são fontes de stress profissional (principalmente para os que não ocupam cargos de chefia) quando não são cultivadas de uma maneira saudável.

Neste sentido, uma das estratégias a implementar pode ser a realização de reuniões com a estrutura hierárquica invertida, que permitem que haja um maior entendimento das responsabilidades de cada entidade dentro de uma instituição.(36)

A melhoria das condições de trabalho também adquire grande importância no contexto em análise.(9)

Esta melhoria das condições vai implicar, por exemplo, o acesso a equipamentos e recursos humanos necessários à boa prática clínica, bem como a existência de espaços adequados à mesma, para além de sistemas de registo eficazes e do cultivo da proximidade com outras especialidades médicas para a discussão de possíveis dúvidas.(39)

Todos estes aspetos são facilitadores objetivos da ação médica e, portanto, provocam automaticamente uma diminuição do desgaste causado pela profissão.

Outras medidas de combate ao *burnout* que podem ser tomadas pelas instituições prendem-se com os horários dos médicos.

Dois dos exemplos a aplicar nesta área consistem na compensação para descanso após serviços noturnos, quando estes existem, e na redução das horas extraordinárias, que ajudam a diminuir o desgaste muitas vezes evidenciado pelos clínicos.(9)

É também importante haver uma boa flexibilidade de horários em casos de trabalho por turnos, para que estes sejam distribuídos de uma forma equilibrada por todos os profissionais.(34)

Já de uma forma mais global, também se torna muito importante uma definição de objetivos claros e passíveis de serem atingidos, facilitando assim a adesão de todos ao trabalho diário e aumentando as possibilidades de alcançar as metas estabelecidas.(34)

Para além dos horários dos médicos, o número de utentes que estes têm de assistir na sua atividade também pode funcionar, quando desregulado, como um fator causador de stress. Assim, importa limitar o número de utentes que cada um observa, de maneira a que haja um equilíbrio entre ver um número aceitável de doentes e ter tempo para que a observação e orientação dos mesmos seja feita com qualidade e sem pressão.(34)

Um outro aspeto a abordar é a pressão causada pela necessidade de realizar registos médicos eletrónicos, pelo que é importante reduzir a exposição dos trabalhadores, dentro do possível, a este fator, não negligenciando a sua importância.

Isto vai contra a tendência que se tem vindo a verificar de um aumento cada vez mais notório desta parte da ação médica.

Esta componente adquire uma especial relevância no ato da consulta das diferentes especialidades.

Assim, o ponto em análise pode ser trabalhado, por exemplo, através de um aumento do tempo de consulta, de maneira a se acomodar esta necessidade ao lado do restante trabalho do clínico.(35)

Caso não seja possível, numa outra perspetiva de organização da consulta, o tempo efetivo da mesma pode até ser diminuído através de um planeamento antecipado, com avaliação prévia de resultados a comunicar, por exemplo.(40)

Para além disto, os registos e outras tarefas também podem ser mais repartidos entre os diferentes funcionários das instituições de saúde.(41,42) Entre essas outras tarefas poderia, por exemplo, ser atribuída aos enfermeiros a responsabilidade de ficarem encarregues de áreas ao nível da prevenção ou dos tratamentos crónicos, por exemplo, aumentando a autonomia dos últimos para este tipo de tarefas.(41,43)

Numa abordagem geral, é de referir que um aumento da autonomia dos trabalhadores, sejam eles médicos ou enfermeiros, passando mais responsabilidade e controlo para os mesmos, revelou bons resultados no que diz respeito à demonstração de um maior grau de satisfação e compromisso com o trabalho.(34)

A previsão de cenários passíveis de falta de funcionários é outro fator a ter em conta neste contexto. Esta deve ser realizada com tempo suficiente, de maneira a não se registar a falta dos mesmos em certos momentos e a não haver uma sobrecarga dos restantes profissionais. O que pode ser feito através do recrutamento atempado dos chamados “tarefeiros”, por exemplo, para suprir algumas necessidades.(44)

Já foi referida a importância dos conflitos entre a vida profissional e a vida pessoal no desenvolvimento da síndrome de *burnout*, principalmente no seio do sexo feminino. Neste âmbito, podem ser realizadas sessões de discussão para debater necessidades de equilíbrio entre casa e trabalho. No seguimento deste tópico, medidas como a permissão de folgas durante dias úteis representam uma grande ajuda relativamente ao equilíbrio entre estes dois fatores.(35)

O investimento permanente na formação e na evolução profissional, proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de novas competências para

lidar com as exigências laborais, também contribui para menores níveis de *burnout*.(9)

Neste âmbito, a realização de trabalhos académicos, foi um fator associado a uma menor exaustão emocional.(22)

No que se refere ainda ao investimento na carreira médica de cada um, que pode ser incentivada de várias formas, revela-se também importante haver uma promoção da satisfação dos clínicos procurando incentivar os mesmos a trabalharem sobre aquilo que mais os interessa e apaixona dentro da sua profissão. Isto pode ser alcançado através da definição de um período semanal para cada um se dedicar a isto, dentro do horário de trabalho. Outra forma pode ser a criação de sessões de aconselhamento profissional.(34)

É também essencial promover outro tipo de oportunidades de carreira aos clínicos permitindo, por exemplo, que estes possam acumular trabalho público com privado, através do ajuste de horários entre os dois empregos. Estão mesmo registados dados que indicam que clínicos que não trabalham sempre no mesmo sítio acabam por desempenhar trabalho de melhor qualidade e apresentam maior satisfação com a sua profissão.(45)

Estudos mostram diferenças entre os médicos que fazem serviço privado e os que fazem serviço público, sendo que os primeiros apresentam maior compromisso, vigor e dedicação em relação ao trabalho, acabando os últimos por se deixarem absorver mais intensamente, e de uma forma mais negativa, pela profissão. Uma das causas apontadas é o facto de nas instituições públicas a ação médica estar fortemente condicionada pela gestão (hospitalar e governamental) que as rege.(45)

As instituições também devem promover o cuidado por parte dos médicos com a própria saúde física e mental. Isto pode ser alcançado através do incentivo à participação dos profissionais em programas de exercício, relaxamento e alimentação correta, por exemplo.(35)

Já há algum tempo que se provou que um *workshop* único de relaxamento com a duração de um dia completo de trabalho pode diminuir a exaustão emocional dos profissionais de saúde durante um período que pode ir até seis semanas depois da sessão.(46)

As atividades de lazer ocasionais também devem ser impulsionadas, bem como a marcação regular (dentro das regras estipuladas) de períodos de férias, de maneira a não haver uma grande acumulação de cansaço e stress.(47)

Numa outra perspetiva, como já foi referido anteriormente, o *burnout* pode começar a desenvolver-se durante a faculdade, pelo que se pode considerar que este é um dos períodos fulcrais para difundir a necessidade de prevenção desta síndrome no seio dos futuros médicos. Assim, as instituições responsáveis devem promover a preparação para a gestão pessoal das futuras exigências do trabalho através da inclusão dos aspetos aqui abordados nos conteúdos programáticos dos cursos de medicina.(48)

No que diz respeito aos médicos recém-formados, também deve ser promovido o acompanhamento eficiente durante o primeiro ano de trabalho. Este deve incluir não só o supervisionamento das tarefas da rotina profissional por um tutor, mas também a adequação dos horários e a inserção em equipas bem organizadas, de maneira a que a grande pressão que existe sempre sobre esses médicos não se torne ainda mais difícil de suportar.(49)

Num ponto de vista de avaliação do desempenho dos profissionais, a inclusão de sistemas de avaliação justos e que procurem criar um sistema de reconhecimento pelo compromisso que cada trabalhador assume com o trabalho e com os seus pares pode funcionar como um incentivo à melhoria do desempenho individual, o que, consequentemente, se pode refletir numa melhor relação de cada um com a sua atividade profissional.(9)

Estes sistemas de avaliação devem incluir o bem-estar e a satisfação dos médicos como parâmetros a favor de uma avaliação favorável aos mesmos. Os clínicos podem ser avaliados através de itens como: controlo sobre o próprio trabalho, desempenho sob pressão temporal, ritmo de trabalho, participação em programas de promoção de exercício físico, entre outros.(45,50)

Essencialmente não se pode esquecer que o médico não é apenas um recetor passivo neste esquema e que deixará de sentir stress apenas através da implementação de alguns destes métodos, mas sim que tem de ser envolvido ativamente em todo o processo de prevenção de *burnout*.(51)

Nível Individual

No âmbito individual, muito provavelmente, o ponto que deve ser essencial para cada clínico é estar atento e realizar uma vigilância ativa sobre o possível desenvolvimento de síndrome de *burnout* como consequência da sua profissão.(15)

Estes podem reconhecer os sintomas mais óbvios como dores no peito, palpitações, cefaleias, dores musculares, crises de ansiedade ou de pânico e alterações do trânsito intestinal, mas muitas das vezes é importante estarem atentos a alguns dos sinais mais subtis como as mudanças de humor, a apatia, a falta de atenção, as perturbações de sono e a frustração e insatisfação com o próprio ofício.(15)

O reconhecimento de todos estes fatores faz com que seja possível que os médicos consigam reconhecer que estão sob situações de stress elevado e de possível *burnout*, o que é o primeiro passo para que possam aceitar essa situação e até consigam procurar ajuda, que é um aspeto extremamente importante numa fase mais precoce.

Dentro deste ponto de vista de ação individual encontram-se várias referências à abordagem assertiva de problemas, ou seja, à boa e eficiente relação com a necessidade de resolução desses mesmos problemas. O que leva a que, com esta postura, os desafios que a vida profissional coloca a cada um sejam encarados de uma forma positiva e prática e não como algo para o qual os trabalhadores sintam não ter as capacidades necessárias.(9)

Para além disso, a capacidade individual de gestão eficiente do tempo também se reveste de grande importância, por razões óbvias, assim como a boa relação com a necessidade de cumprimento de prazos.(9)

Um fator que se tem revelado como bastante eficaz na prevenção de desenvolvimento da síndrome de *burnout* é o aumento do compromisso com o trabalho por parte do profissional que, parecendo um contrassenso, acaba por se revelar eficiente por promover, em muitos casos, uma abordagem saudável do indivíduo à vida profissional desafiante já referida nos parágrafos anteriores, verificando-se um aumento da energia do médico ao se disponibilizar para a concretização das suas tarefas com um maior envolvimento e eficácia.(52)

Outros aspetos também adquirem extrema importância nesta prevenção, dentro dos quais a procura do desenvolvimento de competências como a ventilação de

sentimentos (no sentido de não atribuir um significado negativo a tudo o que advém do trabalho), a utilização de recursos sociais como o suporte profissional, familiar e de amigos, que são essenciais, em maior ou menor medida, ao equilíbrio psicológico de cada um, a procura de relaxamento, através de exercício, passatempos, entre outros, e a procura de melhoria na saúde geral, através da nutrição, descanso, autoanálise e do já referido exercício.(52)

No que respeita à ventilação de sentimentos, também está envolvida uma certa capacidade de *coping* para com os desafios do dia-a-dia. Tendo até já sido referidas as três componentes que compõem esta capacidade: compreensão, adaptabilidade e significado (definidas em 1979 por Aaron Antonovsky).(47)

A compreensão envolve o entendimento, por parte de um indivíduo, do ambiente em que se insere e da lógica dos desafios que tem de ultrapassar para alcançar os seus objetivos, obrigando o próprio a organizar o mesmo ambiente e a atribuir-lhe lógica. A adaptabilidade constitui o componente comportamental, em que ocorre o desenvolvimento de estratégias para se alcançar um objetivo final. O significado funciona como um componente mais emocional, que permite perceber as mais valias de se procurar alcançar as metas traçadas no ambiente em que nos inserimos.(47)

Dentro destes campos é também importante que o indivíduo identifique claramente coerência entre todos estes aspetos e o ambiente profissional que o rodeia. Sendo que a perceção deste sentido de coerência foi já referida como o maior fator protetor individual contra o desenvolvimento de *burnout*, a par da adesão a estratégias específicas de prevenção.(53)

Relativamente ao exercício, para além da prática de exercício aeróbico tradicional, também estão referidos como eficazes no alívio de stress a meditação, o alongamento muscular (por exemplo, nas pausas do trabalho) e técnicas específicas como o *yoga*.(54)

A prática de exercício aeróbico está, por exemplo, relacionada negativamente com a depressão e com o desenvolvimento de *burnout*.(54) Para além disto, melhora também os fatores biológicos que possam intervir entre a síndrome de *burnout* e o desenvolvimento consequente de doença cardiovascular.(56)

A realização diária de exercícios de alongamento no local de trabalho com a duração de 10 minutos provou ser capaz de reduzir os níveis de ansiedade e os sintomas

de exaustão dos profissionais, ao mesmo tempo que melhora o bem-estar físico e mental dos mesmos.(57)

Outras formas de realizar a prevenção da síndrome em estudo passam por identificar e equilibrar os objetivos pessoais e profissionais, orientando a carreira de maneira a que dela se obtenha a maior realização possível, evitando agentes causadores de stress e procurando estratégias de bem-estar e um equilíbrio necessário entre a profissão e a vida pessoal de cada um, que pode adquirir diversas formas, consoante inúmeros fatores, como por exemplo o facto de o profissional ter, ou não, filhos, necessitando, portanto, de diferentes abordagens, no caso de cada indivíduo.(58,59)

Nesta última situação torna-se relevante clarificar os aspetos mais importantes da vida privada e da vida profissional, sinalizando os pontos de conflito entre ambas e procurando controlar alguns itens que possibilitem que as duas dimensões sejam conciliáveis.(60)

Na orientação da carreira, deve-se verificar se são necessárias mudanças na mesma, saber quais são os fatores motivadores e os depressores, bem como decidir como podem os últimos ser modificados.(61)

Nível da Relação Indivíduo/Organização

No que concerne às relações entre os profissionais e as estruturas organizativas em que se inserem, um dos fatores mais importantes é a estrutura coesa das equipas de trabalho e a cultura de equipa dos seus integrantes. Facto que só pode ser otimizado se, para tal, contribuírem tanto o indivíduo como a organização.

No caso de clínicos com baixa cultura de trabalho em grupo, uma boa estrutura de equipa não revelou ter um grande efeito sobre a exaustão dos primeiros. No entanto, entre clínicos com boa cultura, a inserção numa estrutura coesa foi associada a menores níveis de exaustão, contribuindo portanto este fator de uma forma positiva para a prevenção de *burnout*.(36)

Vários casos-estudo de instituições com altos níveis de performance referem frequentemente a coesão das equipas como essencial na melhoria do tratamento dos

utentes.(62,63) Este aspeto também se vai refletir positivamente na satisfação tanto dos clínicos com o seu ofício como dos utentes com o atendimento prestado.(62,64)

Outro fator que envolve tanto a organização como o médico é a formação de grupos Balint. Estes grupos foram criados por Michael Balint, psicanalista húngaro, em 1950, e são grupos dinâmicos, constituídos por médicos, de discussão sobre a relação médico/doente, com condução de um ou mais moderadores.(47)

O facto de haver a possibilidade de abordar os diversos sentimentos experienciados pelos profissionais num contexto de grupo permite compreender melhor os problemas comuns e aprender a lidar e partilhar os mesmos com os colegas.(47)

Nestas sessões, a abordagem médica que é contemplada é centrada no doente.

As mesmas também podem contribuir para um melhor conhecimento dos diversos problemas psicossociais relacionados com a interação médico/doente.

Devido à natureza dos assuntos aqui abordados, estes grupos têm sido constituídos principalmente por médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar, mas também houve benefício na realização dos mesmos com clínicos de outras especialidades médicas.(65)

No fundo, neste tipo de ambiente, profissionais que procurem um sentido de coerência nas suas carreiras, podem ser ajudados a compreender as diversas peculiaridades do trabalho, e os vários fatores de stress presentes, aprendendo a lidar com os mesmos de uma maneira organizada, estruturada e consistente.

Isto é essencial para que as exigências do trabalho possam ser encaradas como algo que se pode abordar e ultrapassar de uma maneira saudável, levando a que haja, progressivamente, um maior investimento no trabalho e uma atitude positiva face aos diversos desafios colocados, como já foi referido.

Ainda há poucos estudos acerca do papel destas sessões na prevenção do stress ocupacional e da síndrome de *burnout*. No entanto, já se verificou, a eficácia deste método, nomeadamente em médicos internos.(66)

Para além deste aspeto, também uma melhoria da satisfação relativamente ao trabalho foi verificada em grupos profissionais como os médicos de Medicina Geral e Familiar.(67)

Em forma de síntese, o quadro seguinte enumera as várias estratégias de prevenção referidas:

Quadro 1 - ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>
ao Nível <u>Organizacional</u>
1 – Promoção da socialização entre profissionais
2 – Melhoria das condições de trabalho
3 – Descanso após serviços noturnos
4 – Redução das horas extraordinárias
5 – Flexibilidade de horários nos trabalhos por turnos
6 – Definição de objetivos claros e realistas
7 – Limitação do número de utentes a observar
8 – Redução, ao essencial, da quantidade de registos médicos a efetuar
9 – Repartição de tarefas médicas com outros funcionários da área da saúde
10 – Planeamento atempado de cenários de carência de profissionais
11 – Abordagem das necessidades de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal
12 – Investimento na formação e evolução profissional
13 – Incentivo ao trabalho em áreas médicas de interesse individual
14 – Promoção de oportunidades de carreira
15 – Promoção do cultivo da saúde física e mental
16 – Sensibilização para o stress ocupacional durante os anos de formação médica
17 – Acompanhamento eficiente dos médicos recém-formados
18 – Avaliação através de sistemas que promovam o reconhecimento do compromisso dos profissionais com o trabalho e com os seus pares
ao Nível <u>Individual</u>
1 – Vigilância ativa sobre possíveis sinais de <i>burnout</i>
2 – Abordagem assertiva de problemas
3 – Gestão eficiente de tempo
4 – Aumento do compromisso com o trabalho
5 – Ventilação de sentimentos
6 – Utilização de recursos sociais de apoio pessoal
7 – Procura de relaxamento
8 – Procura de uma otimização da saúde geral
9 – Definição e estabelecimento de equilíbrio entre objetivos profissionais e pessoais
ao Nível da <u>Relação Indivíduo/Organização</u>
1 – Estabelecimento de equipas coesas
2 – Promoção da cultura de equipa
3 – Criação de grupos <i>Balint</i>

CONCLUSÃO

Com uma prevalência crescente no seio da classe médica, a síndrome de *burnout* ocupa cada vez mais um lugar de destaque entre os aspetos negativos decorrentes desta profissão, nomeadamente nas especialidades médicas abordadas na presente revisão.

Este fenómeno deve-se a inúmeras características inerentes à profissão de médico passíveis de um maior ou menor grau de modificação.

Neste sentido, estas podem ser sujeitas a diferentes abordagens que procuram reduzir o impacto de cada uma na saúde dos profissionais.

A organização destas diferentes abordagens permite o desenvolvimento das estratégias objetivas enumeradas e explanadas no segmento relativo à prevenção da síndrome de *burnout* e que provaram a sua eficácia neste âmbito.

Como aí foi referido, estas estratégias têm pontos de partida distintos, mas partilham entre si o objetivo final de melhorar o desempenho e a satisfação individual, e consequentemente global, dentro das organizações de saúde, focando-se tanto em aspetos organizacionais como em questões que se prendem com a saúde e o bem-estar dos profissionais da área.

A aplicação prática das mesmas é portanto algo que deve ser adaptado às necessidades de cada indivíduo ou de cada contexto laboral existente. No entanto, esta nunca pode ser realizada sem que os profissionais se comprometam com as medidas tomadas, pois só com uma postura ativa relativamente às mesmas será possível alcançar os efeitos desejados nos próprios profissionais e nas organizações em que estes se inserem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chambers R, George V, McNeill A, Campbell I (1998) Health at work in the general practice. *British Journal of General Practice* 48(433):1501-1504.
2. Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior* 2:99-113.
3. Frاسquilho MA (2005) Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa* 18:433-444.
4. Peckham C (2006) Medscape lifestyle report 2016: bias and bournout. Disponível em www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2016/public/overview. Acedido em: 27/04/2016.
5. Kendal E, Murphy P, O'Neil V, Bursnal S (2000) Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence and Effective Management. Disponível em www.workcover.wa.gov.au. Acedido em: 29/04/2016.
6. Buys NJ, Rennie J (2001) Developing Relationships, Vocational Rehabilitation Agencies and Employers. *Rehabil Couns Bull* 44:95-103.
7. Health and Safety Executive (2015) Work related stress, anxiety and depression statistics in Great Britain. Disponível em www.hse.gov.uk/statistics/causdis/stress/. Acedido em: 27/04/2016
8. Rios IC (2008) Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Saúde e Sociedade* 17(4):151-160.
9. Cavaleiro R (2010) Burnout nos Profissionais de Saúde dos Serviços de Psiquiatria/Paliativos/Dermatologia. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.
10. Hespagnol A (1996): Condições do exercício da clínica geral no norte de Portugal. (dissertação de doutoramento em medicina familiar). Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
11. Horta AM (2005) Síndrome de Burnout nos médicos do Serviço de Urgência do Hospital de São João (dissertação de mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental). Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

12. Dimoska A, Girgis A, Hansen V, Butow P, Tattersall M (2008) Perceived difficulties in consulting with patients and families: a survey of Australian cancer specialists. *Med J* 189:612-5.
13. Ruíz C, Rios F (2004) El burnout síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. (Burnout syndrome – to be burned out – in health care professionals: revision and perspectives.) *Int J Clin Health Psychol* 4:137-60.
14. Iskra G, Folkard S, Marek T, Noworol C (1996) Health, well-being and burnout of ICU nurses on 12 an 8 hours shifts. *Work and Stress* 10(3):251-256.
15. Rosenstein AH, Mudge-Riley M (2010) The impact of stress and burnout on physician satisfaction and behaviors. *Physician Exec* 36:16-18, 20, 22-23.
16. Arndt B, Tuan W-J, White J, Schumacher J (2014) Panel workload assessment in US primary care: accounting for non-face-to-face panel management activities. *J Am Board Fam Med* 27(4):530-537.
17. Montague E, Asan O (2012) Physician interactions with electronic health records in primary care. *Health Syst (Basingstoke)* 1(2):96-103.
18. Taylor C, Graham J, Potts HWW, Richards MA, Ramirez AJ (2005) Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 366(9487):742-4.
19. Shanafelt TD, Sonja B, Litjen T, Dyrbye LN, Sotile W, Daniel S, et al. (2012) Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *JAMA Intern Med* 172:1377-85.
20. Freudenberger HJ (1974) Staff burn-out. *J Soc Issues* 30:159–165.
21. Cumbe V (2010) Síndrome de burnout em médicos e enfermeiros cuidadores de pacientes com doenças neoplásicas em serviços de oncologia. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
22. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP (2001) Job burnout. *Annual Review Psychology* 52:397-422.
23. Silva M, Gomes AR (2009) Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia* 14(3):239-248.
24. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. (2008) Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 25:245-65.

25. Harvey SB, Laird B, Henderson M, Hotopf M (2009) The mental health of health care professionals: a review for the Department of Health. London: Department of Health.
26. Miller MN, McGowen R (2000) The painful truth: Physicians are not invincible. *Southern Medical Journal* 93:966-973.
27. Devi S (2011) Doctors in distress. *Lancet* 377:454-5.
28. McManus IC, Keeling A, Paice E (2004) Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine* 2:29-30.
29. Linzer M, Visser MRM, Oort FJ, et al. (2001) Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 111:170-175.
30. Langballe EM, Innstrand ST, Aasland OG, Falkum E (2011) The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: A longitudinal study. *Stress Health* 7(1):73-87.
31. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD (2006) Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges* 81:374-384.
32. Hespanhol A (2005) Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática* 7:153-162.
33. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, et al. (2013) Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract* 14:173-179.
34. Ortega Ruíz C, López Ríos F (2004) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 4(1):137-160.
35. Linzer M, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West CP (2014) 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med* 29(1):18-20.
36. Willard-Grace R, Hessler D, Rogers E, Dubé K, Bodenheimer T, Grumbach K (2014) Team structure and culture are associated with lower burnout in primary care. *J Am Board Fam Med* 27(2):229-238.

37. Ghorob A, Bodenheimer T (2012) Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med* 366:1955-7.
38. Bodenheimer T, Laing BY (2007) The teamlet model of primary care. *Ann Fam Med* 5:457-61.
39. Varkey AB, Baier Manwell L, Ibrahim SA, et al. (2013) Impact of work conditions on errors and quality. *J Gen Intern Med* 28(1S):S100.
40. Sinsky CA, Sinsky TA (2013) Test result follow-up: a systematic review. *J Gen Intern Med* 28(2):174.
41. Bodenheimer T, Willard-Grace R, Ghorob A (2014) Expanding the roles of medical assistants: who does what in primary care? *JAMA Intern Med* 174(7):1025-1026.
42. Reuben DB, Knudsen J, Senelick W, Glazier E, Koretz BK (2014) The effect of a physician partner program on physician efficiency and patient satisfaction. *JAMA Intern Med* 174(7):1190-1193.
43. Bodenheimer TS, Smith MD (2013) Primary care: proposed solutions to the physician shortage without training more physicians. *Health Aff (Millwood)* 32(11):1881-1886.
44. Linzer M, Rosenberg M, McMurray JE, Glassroth J (2002) Respecting the lifecycle: rational workforce planning in a section of general internal medicine. *Am J Med* 113:443-48.
45. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. (2012) Burnout and satisfaction with work- life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 172(18):1377-85.
46. McCue JD, Sachs CL (1991) A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med* 151:2273-7.
47. Rabin S, Shorer Y, Nadav M, Guez J, Hertzanu M, Shiber A (2011) Burnout among general hospital mental health professionals and the salutogenic approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 48(3):175-81.
48. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A (2006) Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *European Journal of Internal Medicine* 17:195-200.
49. Hurst C, Kahan D, Ruetalo M, et al. (2013) A year in transition: a qualitative study examining the trajectory of first year residents' well-being. *BMC Med Educ* 13:96.

50. Linzer M, Manwell LB, Williams ES, et al. (2009) Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann Intern Med* 151:28-36.
51. Sansbury BS, Graves K, Scott W (2015) Managing traumatic stress responses among clinicians: Individual and organizational tools for self-care. *Trauma* 17(2):114-122.
52. Campos G (2013) Burnout e engagement nos médicos dos Hospitais do Grande Porto. Instituto Politécnico do Porto
53. Linley P, Joseph S (2007) Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *J Soc Clin Psychol* 26:385-404.
54. Ptacek R, Stefano GB, Kuzelova H, et al. (2013) Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuro Endocrinology Letters* 34:259-264.
55. Toker S, Biron M (2012) Job burnout and depression: unraveling their temporal relationship and considering the role of physical activity. *J Appl Psychol* 97:699-710.
56. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I (2006) Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull* 132:327-53.
57. Montero-Marín J, Asún S, Estrada-Marcén N, Romero R, Asún R (2013) Effectiveness of a stretching program on anxiety levels of workers in a logistic platform: a randomized controlled study. *Aten Primaria* 45:376-83.
58. Shanafelt T, Chung H, White H, et al. (2006) Shaping your career to maximize personal satisfaction in the practice of oncology. *J Clin Oncol* 24:4020-4026.
59. Shanafelt TD, Novotny P, Johnson ME, et al. (2005) The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology* 68:23-32.
60. Shanafelt T, Dyrbye L (2012) Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *J Clin Oncol* 30(11):1235-1241.
61. Shanafelt TD (2007) A career in surgical oncology: finding meaning, balance, and personal satisfaction. *Ann Surg Oncol* 15:400-6.
62. Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T (2013) In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *Ann Fam Med* 11:272-8.

63. Crosson JC, Etz RS, Wu S, Straus SG, Eisenman D, Bell DS (2011) Meaningful use of electronic prescribing in 5 exemplar primary care practices. *Ann Fam Med* 9:392-7.
64. Grumbach K, Bodenheimer T (2004) Can health care teams improve primary care practice? *JAMA* 291:1246 -51.
65. Rabin S, Maoz B, Shorer Y, Matalon A (2009) Balint groups as “shared care” in the area of mental health in primary care medicine. *Ment Health Fam Med* 6:139-143.
66. Benson J, Magraith K. (2005) Compassion fatigue and burnout: the role of Balint groups. *Aust Fam Physician* 34:497-8.
67. Kjeldmand D, Holmstrom I. (2008) Balint groups as a mean to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med* 6:138- 45.